

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

463

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 8 Juillet 1897, à une heure

PAR

CÉLESTIN PRIOUZEAU

EX-INTERNE ALIÉNISTE

ANCIEN AIDE DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES (PRIX GUÉPIN 1896)

MÉDAILLE D'ARGENT DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

(ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE 1893)

Né à Bouin, le 6 Novembre 1871



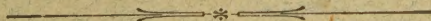
ESSAIS SUR L'ÉTIOLOGIE DU CHALAZION



Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
 { SCHWARTZ et BRUN, agrégés.*

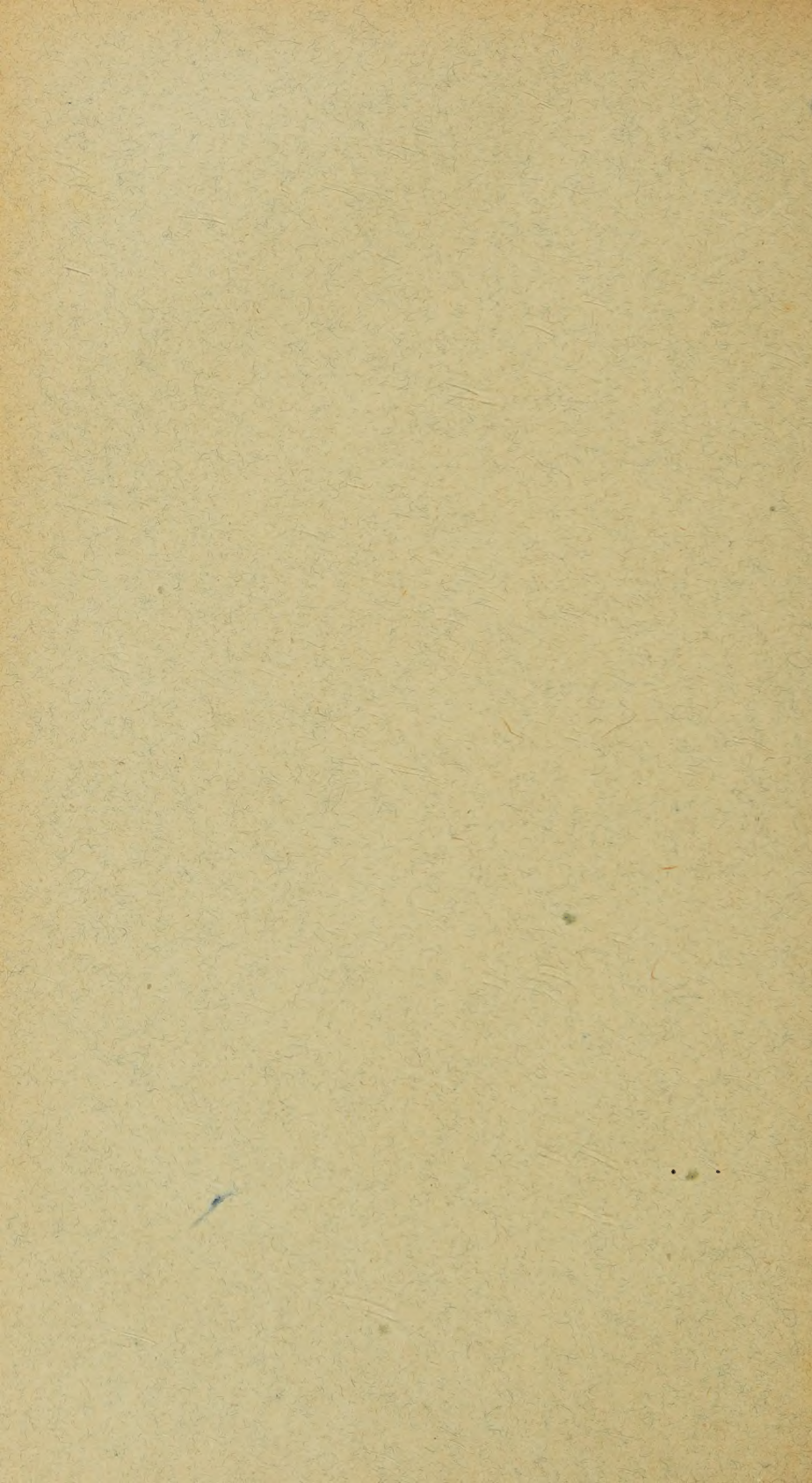
*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*



NANTES

IMPRIMERIE BOURGEOIS, RUE SAINT-CLÉMENT, 57

1897



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

463

Année 1897

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 8 Juillet 1897, à une heure

PAR

CÉLESTIN PRIOUZEAU

EX-INTERNE ALIÉNISTE

ANCIEN AIDE DE CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES (PRIX GUÉPIN 1896)

MÉDAILLE D'ARGENT DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

(ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE 1893)

Né à Bouin, le 6 Novembre 1871



ESSAIS SUR L'ÉTIOLOGIE DU CHALAZION



Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
 { SCHWARTZ et BRUN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*



NANTES

IMPRIMERIE BOURGEOIS, RUE SAINT-CLÉMENT, 57

1897

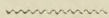
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.		
Professeurs	MM.		
Anatomie.....	FARABEUF.		
Physiologie.....	CH. RICHET.		
Physique médicale.....	GARIEL.		
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.		
Histoire naturelle médicale.....	N.		
Pathologie et Thérapeutique générales.....	BOUCHARD.		
Pathologie médicale.....	HUTINEL.		
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.		
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.		
Histologie.....	CORNIL.		
Opérations et Appareils.....	MATHIAS DUVAL.		
Pharmacologie.....	TERRIER.		
Thérapeutique et Matière médicale.....	POUCHET.		
Hygiène.....	LANDOUZY.		
Médecine légale.....	PROUST.		
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BROUARDEL.		
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBENE.		
	CHANTEMESSE.		
Clinique médicale.....	POTAIN.		
	JACCOUD.		
	HAYEM.		
	DIEULAFOY.		
	GRANCHER.		
Maladies des enfants.....	JOFFROY.		
Clinique de Pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.		
Clinique des Maladies syphilitiques.....	RAYMOND.		
Clinique des Maladies nerveuses.....	BERGER.		
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.		
	LE DENTU.		
	TILLAUX.		
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.		
Clinique des Maladies des voies urinaires.....	GUYON.		
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.		
	PINARD.		
MM.	Agrégés en exercice.		
ACHARD.	GAUCHER.	MENETRIER.	THOINOT.
ALBARRAN.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE.	NETTER.	VARNIER.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des Travaux anatomiques.	WALTER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	RETTERER.	WEISS.
BROCA.	HEIM.	RICARD.	WIDAL.
CHANTEMESSE	LEJARS.	ROGER.	WURTZ.
CHARRIN.	LETULLE.	SÉBILEAU.	
CHASSEVANT.	MARFAN.	THIERY.	
DELBET.	MARIE.		

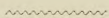
Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions admises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES SŒURS

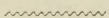


A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

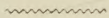


A MON PÈRE, A MA MÈRE

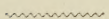
HOMMAGE DE FILIALE RECONNAISSANCE



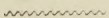
A MES FRÈRES, A MES SŒURS



A MON NEVEU



A MES PARENTS



A MES AMIS

à mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE DOCTEUR DIANOUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A MES MAÎTRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

DE NANTES

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX

INTRODUCTION

On désigne actuellement sous le nom de chalazion une tumeur de la paupière, siégeant, tout au moins au début, dans l'épaisseur du cartilage tarse qu'elle peut dépasser, soit en avant, en allant vers la peau, soit en arrière, en gagnant vers la conjonctive.

Cette tumeur, dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un haricot, siège dans la paupière, un peu au-dessus de son bord ciliaire pour la paupière supérieure, presque immédiatement au-dessous, pour la paupière inférieure. Sa consistance, tantôt molle, le fait ressembler à un kyste, tantôt dure, le rapproche d'une tumeur cartilagineuse avec laquelle certains auteurs l'ont confondu.

Les dernières découvertes histologiques font considérer le chalazion comme un granulome, mais avant que les progrès de l'anatomie pathologique, la découverte de la bactériologie nous aient éclairés, combien d'erreurs ont été émises sur son siège, sur sa nature, sur ses causes. Et encore, malgré les nombreux travaux de cette fin de siècle, dont la plupart ont pour but d'élucider la pathogénie de cette affection, l'étiologie du chalazion ne nous paraît-elle pas bien nette et de nature à satisfaire complètement l'esprit.

Les travaux de Robin, de Thomas faits en collaboration avec Cornil, ont fait du chalazion une tumeur à cystoblastions; plus

tard Virchow, Vincentis ont transformé cette tumeur à cystoblastions en un granulome à cellules géantes. Les études de Lagrange, les travaux de Fuchs nous ont admis à considérer le chalazion comme un granulome simple sans cellules géantes.

Dernièrement M. L. de Wecker et M. Panas, pour ne parler que des classiques, ont subordonné la production de ce granulome à des troubles de sécrétion et d'excrétion des glandes de Mëibomius. Certains auteurs ajoutent que le chalazion se voit surtout chez les sujets arthritiques, acnéiques, enclins à des troubles de sécrétion des glandes, mais là n'est pas la réponse, à notre avis.

Dire que les troubles de sécrétion des glandes de Meibomius sont subordonnés au même mécanisme qui produit l'acné, ce n'est pas résoudre le problème, mais le tourner.

D'autres communications d'auteurs très compétents signalent la blépharite ciliaire comme le premier point de départ de l'évolution du chalazion.

Nous voulons aller encore plus loin et, comme notre maître M. le Professeur Dianoux, nous croyons que la première cause du chalazion est dans la conjonctivite chronique, affection contagieuse comme est le chalazion lui-même.

Notre ambition ne saurait être de résoudre absolument le problème. Il serait téméraire à notre âge et avec le peu d'expérience que nous avons pu acquérir en quelques années, de dire le dernier mot sur une question que nos maîtres n'ont pas encore complètement élucidée. Mais nous serions fiers que les quelques documents que nous allons apporter, joints aux travaux antérieurs et aux études futures, puissent un jour servir à élucider une question qui nous a toujours intéressé.

Tel est le but de notre travail. Pour y arriver, après un rapide exposé de l'anatomie de la paupière, nous passerons à l'historique de la question en en tirant tous les renseignements que nous croi-

rons utiles à notre démonstration. Nous nous efforcerons ensuite de montrer que la cause initiale du chalazion est dans une conjonctivite chronique et que c'est dans les sécrétions de cette conjonctivite que se trouvent les microbes qui occasionnent les troubles de sécrétion des glandes de Meibomius.

Constatant ensuite que, dans le plus grand nombre des cas, les sujets porteurs de chalazion souffrent en même temps de troubles de réfraction, nous montrerons que les amétropies, en même temps qu'elles occasionnent cette conjonctivite chronique, l'entretiennent indéfiniment.

Nous terminerons en tirant de cette étude, pour qu'elle ne soit point stérile, des enseignements sur le traitement et sur la prophylaxie de cette affection.

Mais avant de développer ce sujet qui est le couronnement de nos études, l'usage nous impose un devoir qui pour nous est bien doux à remplir, celui de remercier publiquement tous ceux qui nous ont aidé de leurs conseils, et dont les encouragements nous ont permis de mener à bonne fin nos études médicales.

Nos premiers remerciements, les plus grands et les plus sincères, sont pour notre maître, M. le Docteur Dianoux, dont nous avons été pendant près de deux ans l'aide de Clinique. Nous n'oublierons jamais ni sa bonté, ni ses aimables conseils, ni le charme de son enseignement qui nous a rendu si attrayante l'étude de l'ophtalmologie. Nous le prions ici de vouloir bien agréer l'hommage de notre très vive gratitude et de notre très respectueuse sympathie.

Nous serons toujours reconnaissants à nos maîtres, MM. les Professeurs de l'Ecole de médecine, MM. les Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux de Nantes. Le peu que nous savons est leur ouvrage.

Nous ressentons vivement l'honneur que nous fait M. le Profes-

seur Panas en voulant bien accepter la Présidence de notre thèse et nous le prions de vouloir bien accepter l'hommage de notre reconnaissance.

ANATOMIE

Les paupières sont deux voiles membraneux étendus au-devant du globe oculaire qu'elles protègent. Elles sont séparées par une fente horizontale, dite fente palpébrale, se terminant en dedans par un angle arrondi entourant la caroncule, en dehors par un angle aigu.

La paupière supérieure se continue en haut avec la peau du front dont elle est séparée par le sourcil ; la ligne de démarcation de la paupière inférieure est, au contraire, peu marquée et consistedans un simple pli plus ou moins accusé selon les personnes.

Du côté externe, les paupières se continuent insensiblement avec la peau de la tempe ; du côté nasal le sillon orbito-palpébral se continue en haut en s'élargissant, divisé en deux par une légère saillie formée par le ligament palpébral interne.

Les bords libres des paupières ne sont pas taillés en biseau, comme le croyaient certains auteurs qui admettaient comme corollaire l'existence d'un canal prismatique et triangulaire pendant l'occlusion des paupières. Il est aujourd'hui démontré que ces bords sont taillés carrément et permettent par conséquent une adaption parfaite. Leur épaisseur au milieu est d'environ deux millimètres pour aller en s'amincissant vers les commissures. Les bords palpébraux présentent deux lèvres : l'antérieure, émoussée, se continue avec la peau, la postérieure, plus tranchante, sépare la peau de la conjonctive. La lèvre antérieure est garnie de trois ou

quatre rangées de poils raides et arqués, les cils. L'orifice qui laisse passer ces cils permet en même temps aux produits de sécrétion des glandes sébacées et sudoripares de se déverser à l'extérieur ; la lèvre postérieure est également occupée par une série d'orifices, ceux des glandes de Meibomius, au nombre de trente à quarante à la paupière supérieure, tandis que la paupière inférieure n'en possède qu'une vingtaine.

La paupière est recouverte en avant par une peau très fine, mince et doublée d'un tissu cellulaire séreux très lâche qui l'unit à la couche musculaire sous-jacente. Cette peau renferme peu de papilles et sa surface présente quelques petits poils souples et très fins.

La couche musculaire que nous trouvons ensuite est constituée par la portion palpébrale de l'orbiculaire des paupières qui se divise, au voisinage du bord libre des paupières, en un grand nombre de faisceaux séparés par les cils et les canaux excréteurs des glandes de Meibomius. On a donné à cette portion de l'orbiculaire le nom de muscle ciliaire de Riolan.

La troisième couche est constituée dans sa moitié inférieure par le cartilage tarse, plus haut elle est fibreuse. Cette portion fibreuse est constituée par le ligament large des paupières ou ligament large du tarse, mince au voisinage du cartilage tarse, s'élargissant vers les commissures en deux ligaments, les ligaments angulaires de Tenon, qui unissent le cartilage tarse et le ligament du tarse aux parois de l'orbite. Les cartilages torses, dont l'étude est pour nous ici plus particulièrement intéressante, sont au nombre de deux ; un pour la paupière supérieure, un pour la paupière inférieure. Le supérieur, de forme semi-lunaire, est épais d'un millimètre et haut de dix millimètres. L'inférieur, rectangulaire, n'a que quatre ou cinq millimètres de hauteur. Ils répondent en avant à l'orbiculaire des paupières, en arrière à la conjonctive à laquelle

ils adhèrent intimement. Leur bord libre est en rapport avec le bord libre des paupières dont la muqueuse les tapisse. Ils se continuent par leur bord adhérent avec le ligament large du tarse, et leurs extrémités sont unies aux parois de l'orbite par les ligaments angulaires dont nous avons déjà parlé.

Dans l'épaisseur des cartilages torses on trouve les glandes de Meibomius. Ces glandes, au nombre de trente environ à la paupière supérieure et d'une vingtaine à la paupière inférieure, sont disposées parallèlement entre elles et perpendiculairement au bord libre des paupières. Lorsqu'on retourne les paupières, on les voit par transparence, à travers la conjonctive, sous forme de stries jaunâtres parallèles et verticales. Elles sont formées par un canal central, à peu près rectiligne, de 90 à 100 μ de largeur, dans lequel se déversent toute une série d'acini dont les dimensions peuvent atteindre jusqu'à 200 μ de diamètre. Histologiquement et fonctionnellement, ces glandes sont l'analogue des glandes sébacées. Leur canal excréteur est constitué par une membrane propre dont la face interne est revêtue d'épithélium pavimenteux. Les acini sont tapissés par des cellules cubiques se transformant en gouttelettes graisseuses dont le contenu se déverse dans le canal excréteur. Colasanti a décrit autour de ces glandes une couche de fibres musculaires lisses et un riche réseau de fibres de Remack.

Quant aux cartilages torses eux-mêmes, ils ne doivent pas être considérés histologiquement comme de vrais cartilages. Certains auteurs en font des fibro-cartilages souples flexibles et élastiques ; beaucoup d'autres, avec Robin et Cadiat, les regardent comme exclusivement fibreux.

Le cartilage tarse est séparé en avant de l'orbiculaire des paupières, en arrière de la conjonctive par un tissu cellulaire très lâche et peu épais, mais qui, sous l'influence de diverses lésions pathologiques du tarse, peut prendre une certaine importance.

En allant plus profondément vers la conjonctive, nous trouvons une nouvelle couche musculaire étudiée par Müller en 1859 et désignée par Sappey sous le nom de muscle orbito-palpébral. Le muscle palpébral supérieur s'étend du cartilage tarse au releveur de la paupière avec lequel il semble se continuer. Le muscle palpébral inférieur part du cartilage tarse inférieur pour se perdre dans le fond du cul-de-sac conjonctival inférieur. Comme on le voit, cette couche ne recouvre pas le tarse.

La dernière couche, la couche muqueuse, commence au bord interne du bord libre pour se refléchir au fond du cul-de-sac en se continuant avec une membrane semblable qui tapisse le globe oculaire. C'est la conjonctive palpébrale très adhérente aux plans sous-jacents au niveau des tarses, plus lâche au niveau des culs-de-sac.

La conjonctive est formée par un derme recouvert d'un épithélium stratifié. Les régions supérieures de la conjonctive palpébrale supérieure contiennent un certain nombre de glandes lacrymales accessoires, les glandes de Krause.

La paupière reçoit sa nutrition des artères ophtalmiques de la temporale, de la faciale et de la sous-orbitaire. Les veines qui en partent se jettent dans l'ophtalmique et la faciale. Les lymphatiques se déversent dans la circulation lymphatique générale en passant par des ganglions mastoïdiens et sous-maxillaires.

La paupière tient sa sensibilité de l'ophtalmique et du sous-orbitaire. Les muscles sont animés par le facial.

En résumé la paupière, dans son ensemble, est constituée par une cloison fibreuse et cartilagineuse supportant en avant une mince couche musculaire recouverte par la peau; en arrière de cette cloison, on trouve la conjonctive doublée en sa région supérieure par une couche musculaire encore plus mince. Tous ces plans, unis par un tissu cellulaire lâche, sont largement irrigués par

de nombreuses artères et veines et par un riche réseau lymphatique. Il est donc facile de comprendre que toute inflammation d'un de ces tissus aura facilement une répercussion sur les autres et que les processus morbides ne pourront jamais rester localisés à une seule couche.

HISTORIQUE

Comme nous l'avons déjà dit en notre préambule, l'existence du chalazion est connue depuis bien longtemps, mais les hypothèses émises sur sa nature, sur son siège et sur ses causes sont presque aussi nombreuses que les auteurs qui ont traité la question.

Nous ne croyons pas sortir de notre sujet en étudiant en même temps dans l'historique les causes de cette tumeur et les diverses façons de concevoir sa structure, la connaissance des causes étant presque toujours subordonnée à la connaissance de l'affection elle-même et des lésions qu'elle comporte.

Déjà en 1575, Ambroise Paré décrivait sous le nom de Grêle ou Grêlon une production du bord des paupières dont la description correspond aussi bien au chalazion qu'à l'orgelet, à la lithiase meibomienne.

Dionis, dans son cours d'opération, en 1740, fait la même confusion. Il accuse la dysménorrhée et les troubles digestifs d'être la cause du chalazion.

A une époque plus rapprochée de la nôtre, Maître-Jean (1807), Desmours (1818), rangent le chalazion au nombre des tumeurs athéromateuses, stéomateuses et mélicériques.

D'autres, comme Caron du Villars, Stœber (1834), Deval (1844), Lawrence (1832), considèrent le chalazion comme un orgelet à marche chronique, suppuré ou non suppuré, alors que Weller (1832) en fait une tumeur dont la substance fondamen-

tale varie, constituée en général par du pus durci ressemblant au cartilage. Ce dernier signale en même temps la fréquence de l'affection chez les scrofuleux, les malades atteints d'affection glanduleuse de mauvaise nature, les vieilles filles après la cessation des règles.

Sichel père, en son *Traité des maladies des Yeux*, daté de 1837, est le premier qui mette dans une lésion primitive de la paupière le point de départ du chalazion et qui localise à peu près exactement son siège. Le chalazion, écrit-il, consiste dans une hypertrophie, avec induration d'un ou de plusieurs follicules sébacés, consécutive à une phlegmasie chronique.

Plus tard, Desmare en 1855, méconnaissant la vraie nature du chalazion et son siège, enseigne que tous les tissus de la paupière peuvent concourir à sa formation.

Warton-Jones, en 1862, localise la tumeur dans le cartilage tarse; elle consiste en une matière fibrineuse, gélatiforme, non enkystée et reconnaît pour cause un engorgement glandulaire.

Mackensie, en 1865, en fait une tumeur fibrineuse dont la formation est subordonnée à des troubles digestifs.

C'est alors l'époque où l'anatomie pathologique fait d'importants progrès avec Robin, et celui-ci, après de nombreux et sérieux examens microscopiques, envisage le chalazion comme une tumeur à cystoblastions, découverte sur laquelle nous reviendrons plus loin en parlant de la thèse de Thomas.

Vers la même époque, L. de Wecker, dans son *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, considère la tumeur qui fait le sujet de notre ouvrage comme un kyste ayant pour enveloppe les parois d'une glande de Meibomius et dont le contenu n'est autre que le produit de sécrétion de cette glande, altéré par des poussées inflammatoires successives ou par simple rétention du sébum. La marche du chalazion serait rapide dans le cas où des

poussées inflammatoires l'auraient fait naître, et il serait alors constitué par du pus, une collection assez abondante de sérosité et un stroma de nouvelle formation. A-t-il au contraire pour cause la rétention des produits normaux, sa marche sera lente et la tumeur présente à la coupe un tissu d'aspect colloïde composé d'éléments épithéliaux, de globules graisseux et d'éléments calcaires. L. de Wecker reconnaît donc à l'affection deux causes et il cherche à expliquer pour cette dualité des causes la dualité d'évolution.

Fano, dans son *Traité des maladies des yeux* (1866), considère également le chalazion comme un kyste meibomien, modifié par des poussées inflammatoires.

Thomas, dans sa *Thèse sur les tumeurs de la paupière* (1866), fait une étude très sérieuse de l'affection, mais, ignorant qu'à une certaine période de l'évolution, glande de Méibomius et tarse modifiés se fondent dans la tumeur sans qu'on puisse les différencier, il commet la grosse erreur de soutenir que le chalazion est une tumeur complètement indépendante du système glandulaire de la paupière et même, le plus souvent, du tarse. On conçoit facilement que cette erreur dans le point de départ de la tumeur ne pouvait que le conduire à une erreur dans l'interprétation des causes. De ses examens, faits en collaboration avec Virchow, il conclut, comme Robin, que le chalazion est constitué le plus souvent par des cystoblastions, cellules arrondies de 5 à 6 μ de diamètre, plongées dans de la matière amorphe et du tissu lamineux; d'autres fois, la tumeur est composée d'éléments fibrino-plastiques. Les cystoblastions se transforment facilement en tissu fibreux, les différences de structure du chalazion ne correspondraient qu'à une période différente de l'évolution. Cette tumeur se développe parfois sans causes connues; d'autres fois, elle se rattache à une congestion de la muqueuse palpébrale, à une blépharite chronique, mais sans

jamais déterminer de troubles de sécrétion des glandes de Meibomius.

Warlomont, dans le Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales (1873), définit ainsi le chalazion : Tumeur située primitivement dans le tarse qu'elle dépasse au fur et à mesure de son accroissement et due au développement morbide d'une glande de Meibomius, soit de son corps, soit de son canal excréteur, soit des deux à la fois. Ces changements de structure de la glande de Meibomius tiennent à une inflammation chronique des bords palpébraux.

Vincentiis (*Sulla struttura del calazion*, 1875) est le premier qui ait classé le chalazion parmi les granulomes. Cette tumeur contient au centre un tissu de granulation, vers la périphérie un stroma fibrillaire enserre dans ses mailles des cellules rondes munies de gros noyaux nucléolés, des cellules épithéliales polygonales et des cellules géantes, ce qui lui a valu le nom de granulome à cellules géantes, désignation changée plus tard en celle de granulome simple. Le chalazion est une néoplasie ayant son origine dans une glande de Meibomius dont les cellules épithéliales s'hypertrophient et prolifèrent. Finalement tissu tarsien et follicule glandulaire se confondent dans la tumeur.

Abbadie, dans son *Traité des maladies des Yeux* (1876), revient à la théorie du kyste par rétention. Le chalazion, écrit-il, est une petite tumeur située dans l'épaisseur du cartilage tarse et développée aux dépens d'une des glandes de Meibomius dont le conduit excréteur est oblitéré. Son contenu n'est autre que le produit de sécrétion plus ou moins altéré d'une de ces glandes, tantôt liquide et puriforme, tantôt homogène, composé de matières grasses, sébacées. Abbadie est un des premiers qui ait signalé la nature récidivante de l'affection.

Fuchs en 1879 (*Archiv. für ophthalmologie*) confirme les con-

clusions de Vincentiis. Un trouble nutritif de la glande de Meibomius provoque une inflammation de voisinage, la tumeur s'infiltré de petites cellules arrondies, l'union de ces noyaux infiltrés forme un noyau plus grand renfermant des cellules géantes. Plus tard, la tumeur subit un ramollissement muqueux. Ce n'est donc pas un enkystement de la glande, mais une véritable néoplasie.

C'est Burchardt qui, le premier, en 1884, tenta d'appliquer à l'étude du chalazion les nouvelles notions de bactériologie. Le tissu de la tumeur renferme, au sein de quelques cellules, des granulations extrêmement mobiles que Burchardt croit être la cause de la naissance du chalazion. Ces granulations immigrent probablement du dehors; peut-être viennent-elles de la salive buccale; et il s'appuie, pour avancer cette hypothèse, sur un cas où il a trouvé quelques éléments semblables au *leptothrix buccalis*. Comme on le voit, ce premier essai de bactériologie du chalazion ne fut pas très heureux, et si Burchardt avait connu alors la richesse et la variété de la flore conjonctivale, il n'eût point fait venir les germes de la bouche, mais des sécrétions conjonctivales qui baignent l'entrée des canaux excréteurs.

Lagrange, en 1885, après examen de deux chalazions, se rattache à l'opinion de Vincentiis; le chalazion est un granulome, mais un granulome simple, l'auteur n'ayant pas rencontré dans son examen de cellules géantes.

Le *Traité d'ophtalmologie* de L. de Wecker et Landolt explique ainsi la genèse du chalazion: rétention ou trouble de la sécrétion sébacée, formation d'un kyste qui, sous l'influence des poussées inflammatoires, dépasse les parois de la glande de Meibomius et produit la dégénérescence des tissus environnants du tarse qu'il transforme, pour former du follicule dégénéré et du tissu du tarse une même tumeur.

Les travaux que nous avons analysés jusqu'ici ont eu presque

tous pour but d'étudier la structure intime du chalazion et d'expliquer sa formation par des transformations cellulaires, plutôt que par l'action des microbes et de leurs toxines. Le courant qui emporta les différents observateurs dans les diverses branches de la médecine vers la bactériologie, provoqua en 1886 les travaux de Poncet de Cluny, de Boucheron, de Vassaux.

En la même séance de la Société française d'ophtalmologie, Poncet de Cluny et Boucheron concluaient de leurs travaux à l'existence d'un microbe spécifique, auteur du chalazion. Le premier, étudiant des coupes de la tumeur, trouva dans les éléments épithéliaux du centre et dans les cellules embryonnaires qui tapissent les parois, de gros microcoques. A la même époque, il constatait dans les kystes sébacés la présence des mêmes microbes auxquels il donne le nom de microcoques sébacés.

Boucheron, ayantensemencé du bouillon de culture avec des parcelles de chalazion, injecta ce bouillon dans des paupières de lapin et parvint quelquefois à reproduire la tumeur primitive.

Vassaux, dans la séance de la Société de biologie du 18 juin 1886, reproche à Poncet de Cluny de confondre le chalazion avec un kyste. Pour lui, il n'a jamais trouvé de microbes dans des coupes qu'il a faites de la tumeur entière. Il démontre ensuite la similitude du microbe trouvé par Boucheron avec le staphylococcus pyogenes de Rosenthal, les cultures du microbe du chalazion, ses inoculations, ses procédés de coloration donnant les mêmes résultats que le staphylocoque. Il soutient ensuite que les tumeurs obtenues par inoculation ne présentent pas les mêmes caractères que le vrai chalazion ; elles sont plus molles et leur contenu s'exprime par simple pression. Il termine en affirmant qu'on ne peut trouver de pus que dans le chalazion suppuré, et l'on doit rechercher la cause dans l'arthritisme, l'acnéisme, les blépharites, la sécrétion anormale des glandes et les obstacles à l'excrétion.

La réponse à ces objections ne se fit pas attendre. A la séance de la même société, le 28 juin 1886, Poncet de Cluny démontre la nature microbienne de l'affection, en présentant des cas de kératite produite par inoculation du liquide de culture de chalazion dans la cornée du lapin et affirme que la matière sébacée du chalazion est constituée par des colonies microbiennes.

Boucheron, inoculant avec le bouillon de culture une cornée de lapin, obtint en 24 heures une kératite à hypopion; les lames de la cornée étaient infiltrées de colonies. L'injection du même liquide dans les glandes de Meibomius a déterminé la formation de tumeurs ressemblant au chalazion. L'examen microscopique a montré que la lésion se trouvait bien dans les acini des glandes de Meibomius. La nature microbienne de la tumeur est donc démontrée et l'agent infectieux est le microcoque sébacé.

En 1889, Lagrange revient à l'explication de la pathogenèse du chalazion par des modifications cellulaires: la tumeur débute par rétention des produits épithéliaux dans les glandes de Meibomius, consécutivement adénite et périadénite destructives du tarse. La néoplasme ne contient pas de cellules géantes; l'auteur a trouvé dans les débris épithéliaux de gros microcoques, mais il ne leur attribue qu'un rôle secondaire dans la production de l'affection.

L'année 1890 est signalée par la publication de Tangl, qui provoqua tant de discussions, et où celui-ci affirmait la nature tuberculeuse de l'affection; mais avant de passer à la critique de cette observation et des nombreuses réponses auxquelles elle a donné lieu, nous voulons parler de la remarquable communication de M. le professeur Dianoux à la Société française d'ophtalmologie, en mai 1891. L'auteur a eu l'occasion de pouvoir étudier un grand nombre de chalazions; il a pu, par une longue observation, distinguer et décrire une forme de conjonctivite en rapport avec la production de ces tumeurs. Les symptômes objectifs sont plutôt

ceux de la congestion conjonctivale : peu d'épaississement de la muqueuse, hypertrophie de quelques follicules. Les symptômes subjectifs sont ceux de la conjonctive banale. Dans le cours de cette affection, à une période quelconque, apparaît un chalazion. Que celui-ci soit opéré, ou qu'il continue à s'accroître, on voit, au bout d'un certain temps, quelques semaines ou quelques mois, se produire un ou plusieurs chalazions. Cette conjonctivite est remarquable par sa tenacité et par le grand nombre de rechutes. Elle détermine à la longue une blépharite et un état inflammatoire chronique des glandes de Meibomius, avec formation de chalazions aigus. Le caractère de ces chalazions secondaires est d'être plus mous en général que ceux du début et de se vider facilement par pression. Ces caractères rapprochent ces productions des chalazions expérimentaux ; il semble que la nature vienne confirmer les expériences de Boucheron et il nous paraît bien, en effet, qu'il y ait ici une inoculation aux glandes de Meibomius des produits de sécrétion de cette conjonctivite spéciale.

Vincentiis et Fuchs ayant découvert la présence de cellules géantes dans la trame du chalazion, il était naturel de songer à une lésion tuberculeuse, et en 1890, Tangl, partant de ce principe et s'appuyant sur l'étude d'une tumeur où il trouva des bacilles tuberculeux, se rattache formellement à cette opinion. Il planait alors un certain nuage sur les causes du chalazion, les explications données jusqu'alors ne satisfaisaient pas complètement l'esprit ; l'hypothèse de Tangl parut un moment éclaircir l'énigme et, séduits par cette théorie, d'autres auteurs parmi lesquels nous citerons Von Wichert, Landwehr, Askanasy, Nauwerk, Neumann embrassèrent avec enthousiasme la nouvelle doctrine.

Mais, les données cliniques sur l'origine, la marche et la terminaison du chalazion étaient en contradiction avec nos notions sur la tuberculose locale, et la théorie de Tangl eut bientôt autant

de contradicteurs qu'elle avait eu d'adhérents. On objecta d'abord à Tangl que son sujet était tuberculeux et que son chalazion pouvait bien n'être qu'une manifestation locale de la diathèse, une tuberculose du tarse comme dans le cas étudié par M. Sourdille.

Weiss et Deutschmann, en 1891, firent des inoculations de parcelles de chalazion dans la chambre antérieure d'un lapin. Les expériences donnèrent des résultats négatifs; au bout de quelques mois, les fragments de tumeur étaient résorbés sans avoir produit la moindre lésion tuberculeuse.

Gama Pinto, en 1892, répéta avec le docteur Meyer les mêmes expériences; dans cinq cas le résultat fut négatif.

Block dans quatre examens de chalazion ne trouve aucun bacille tuberculeux.

Parissoti fit, en 1893, à la Société Française d'ophtalmologie, une timide tentative en faveur de la thèse de Tangl. Il rapporte le cas d'un de ses élèves qui, après une abondante poussée de chalazions, fut atteint d'une tuberculose à marche rapide; mais il ajoutait que cette observation n'était pas suffisante pour démontrer péremptoirement la nature tuberculeuse de l'affection.

Von Wichert explique à la même époque l'absence de réaction à l'inoculation dans la chambre antérieure du lapin, par le petit nombre de bacilles.

Alfieri, en 1894 et 1895, réduit à néant l'objection du précédent auteur, en remarquant qu'on obtient parfaitement la réaction avec le tissu du lupus qui contient bien peu de bacilles. Il ajoute que toutes les inoculations qu'il a faites dans la chambre antérieure ou dans le péritoine du lapin ont été négatives, alors même que le chalazion provenait d'un tuberculeux.

De toute cette discussion il résulte donc que le chalazion n'est pas de nature bacillaire; telle est, du moins, l'impression que nous a laissée l'étude des différents arguments.

Toutes les recherches nécessitées par les documents à apporter dans la lutte n'ont pas empêché d'autres auteurs de diriger leurs études dans des directions différentes. En 1892, Weymann remarquant l'apparition, en grand nombre et à certaines époques, de chalazions, songe à une origine parasitaire. La récurrence après ablation confirme cette hypothèse. L'auteur a découvert dans cette tumeur un fungus : le *fungus chalazicus* qui est la cause de l'affection.

A la Société Française d'ophtalmologie, en 1893, Juller et Gillet de Grandmont reconnaissent la nature microbienne du chalazion, mais sans indiquer une espèce particulière de microbes.

Enfin Chibret, à la Société d'ophtalmologie de Paris (février 1893), a observé plusieurs cas de chalazions à la suite de la fatigue résultant d'un examen ophtalmoscopique ou polarimétrique.

Au milieu de ces hypothèses si nombreuses, deux faits nous paraissent suffisamment démontrés : 1° Le chalazion est un granulôme ; 2° Il est de nature microbienne. Grâce aux travaux si nombreux sur l'anatomie pathologique, la première proposition nous paraît absolument démontrée et nous ne croyons pas qu'il y ait de modifications à apporter à la conception de M. Lagrange.

Le deuxième point, la nature microbienne du chalazion, nous paraît également prouvé, mais jusqu'ici les recherches n'ont pas abouti à une solution suffisamment précise pour que les auteurs s'en désintéressent.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Nous avons jusqu'ici fait l'exposé des principaux travaux parus jusqu'à nos jours sur la nature et les causes du chalazion ; il nous reste à présenter nos opinions personnelles en les appuyant sur des faits.

Nous tirerons nos preuves, tant des observations que M. le professeur Dianoux a bien voulu nous communiquer, que de nos recherches personnelles. Nous remercions bien vivement notre cher Maître de l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition les notes prises au jour le jour à sa clinique particulière. Ces recherches embrassent un espace de temps qui s'étend depuis 1885 jusqu'à la présente année ; c'est par l'exposé de ces recherches que nous commencerons. Nous ferons ensuite la relation des cas dont nous avons eu l'occasion de faire l'examen bactériologique.

Muni de ces preuves, nous en tirerons les conclusions que nous aura inspirées leur étude, nous les comparerons à celles de nos devanciers en insistant sur l'analogie ou sur les divergences que présenteront leurs opinions avec la nôtre.

Nous commencerons cet exposé par des remarques générales sur le nombre des chalazions par rapport au nombre total de malades, sur l'âge et sur le sexe des sujets atteints de cette affection, sur son siège. Nous joindrons à cette étude quelques remarques sur l'influence des saisons.

Nous dirons ensuite quelques mots de la conjonctivite qui a

fait le sujet de la communication de M. le professeur Dianoux, en la faisant suivre de quelques observations de rechute et de contagion qui sont si fréquentes dans cette affection.

Nous terminerons enfin par la présentation de nos observations personnelles sur la bactériologie du chalazion.

Nous avons eu la bonne fortune de faire nos études dans une région où le chalazion se présente en abondance. Nous avons relevé 402 cas (1) de cette tumeur dans l'espace de 12 ans et sur 20000 malades environ, soit une proportion d'environ un chalazion sur cinquante affections des yeux, ce qui classe le chalazion dans les premiers rangs par sa fréquence.

Sur ces 402 cas, 265 ont été observés chez des hommes, 137 chez les femmes, c'est-à-dire 66 o/o pour le sexe masculin, 34 o/o pour le sexe féminin.

Si nous recherchons ensuite combien d'adultes sont porteurs de cette tumeur et combien d'enfants en sont atteints, nous constatons sa rareté dans la jeunesse. Au-dessous de 20 ans, nous avons trouvé 40 personnes atteintes de cette affection, c'est-à-dire un dixième du nombre total. Si nous ne considérons que les enfants de l'un et l'autre sexe au-dessous de dix ans, il faut abaisser ce chiffre à 28, ce qui ne constitue que 7 o/o du chiffre total; enfin les enfants en bas âge, en comprenant dans ce dénombrement ceux qui n'ont pas dépassé quatre ans, ne sont que 9 sur 402 cas, c'est-à-dire environ 2 o/o. Le chalazion est donc l'apanage de l'âge mûr et il frappe en plus grand nombre les hommes que les femmes.

(1) Ces chiffres ne s'appliquent qu'à la clientèle payante. Si l'on ajoute la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu et le dispensaire, il faut tripler le nombre des malades. La proportion ne serait peut-être plus la même, les soins de propreté n'étant pas aussi rigoureux dans la classe pauvre; il est vrai que les troubles de réfraction y sont en revanche moins fréquents.

Si maintenant nous passons à l'étude de ces 402 cas, au point de vue de leur siège, nous constaterons que le côté gauche est plus souvent atteint que le droit, dans la proportion de 243 cas contre 159, c'est-à-dire de 61 % environ du côté gauche, et 39 % du côté droit. Si nous considérons maintenant la fréquence relative des chalazions aux paupières supérieures et aux paupières inférieures, nous constaterons que celles-ci l'emportent par 226 cas contre 176, autrement dit 56 % aux paupières inférieures et 44 % aux paupières supérieures. Mais il ne faudrait pas étayer son jugement sur ces chiffres pris en bloc ; si l'on entre dans le détail pour chaque paupière en particulier, nous mettrons au premier rang la paupière inférieure gauche, avec 156 cas, en second lieu, la supérieure droite, qui compte 104 cas ; le troisième rang appartient à la supérieure gauche, avec 88 cas ; enfin, la paupière inférieure droite n'est atteinte que 55 fois sur 402 malades. Ce qui nous frappe au premier abord dans cette statistique, c'est la plus grande fréquence aux paupières inférieures qu'aux supérieures, alors que la majeure partie des auteurs s'accordent à considérer le chalazion comme plus fréquent en haut qu'en bas. Cette fréquence semblera d'autant plus étrange à certains esprits, qu'on avait expliqué jusqu'alors que le nombre des chalazions était plus considérable à la paupière supérieure qu'à la paupière inférieure parce que les glandes de Meibomius étaient plus nombreuses en haut qu'en bas. Et, en effet, si on accepte la théorie qui fait naître le chalazion d'une simple transformation cellulaire, il semble naturel qu'il y ait plus de néoplasmes où il y a plus de glandes et, par conséquent, plus de cellules susceptibles d'être modifiées.

Ce qui semble paradoxal aux partisans de la théorie anatomiste pure ne nous étonne pas. Nous savons que les liquides cherchent toujours à gagner les points les plus déclives ; les sécrétions

conjonctivales ne font point exception à cette loi de physique, et tendent toujours à gagner le cul-de-sac conjonctival inférieur où elles baignent les orifices excréteurs des glandes de Meibomius. Nous avons donc d'un côté plus de glandes, environ $\frac{1}{3}$ de plus, mais si le tissu à infecter est en quantité plus considérable en haut, les germes infectants sont de beaucoup plus nombreux en bas, et non seulement il n'y a pas équilibre, mais encore la balance penche pour la facilité d'infection, contre le nombre de glandes susceptibles d'être infectées. Nous avons donc déjà une première présomption de preuve en faveur de l'origine microbienne de l'affection.

La considération de l'influence des saisons sur la production des chalazions, déjà constatée par Weymann, est encore un argument en faveur de la théorie microbienne. Dans notre statistique, les mois de février, mars, avril entrent chacun pour une proportion de 11 % dans la somme totale, au lieu de 8 % qu'ils devraient donner en moyenne, et alors que certains mois, août et septembre, n'entrent en ligne de compte que pour 5 % environ. Enfin, prenant dans leur ensemble les mois de février, mars, avril, nous remarquerons qu'ils représentent à eux seuls un peu plus du tiers de la somme totale, 136 cas sur 402.

De l'analyse de ces 402 cas, il résulte donc que le chalazion est une maladie de l'âge mûr, frappant plus souvent l'homme que la femme, siégeant plus fréquemment aux paupières inférieures et dont la production est plus active au printemps.

DE LA CONJONCTIVITE A CHALAZIONS

La conjonctivite à chalazions (1) a été traitée d'une façon trop remarquable par M. le professeur Dianoux, dans sa communication au Congrès d'ophtalmologie, pour qu'il nous vienne un seul instant à l'idée d'entreprendre une description complète de cette affection.

Cette conjonctivite, débutant en général à la façon d'une conjonctivite catarrhale simple, il est difficile, au premier abord, d'en établir le diagnostic exact si l'on n'est déjà prévenu par la coïncidence d'une affection semblable chez un membre de la même famille, par l'existence antérieure chez le malade d'un chalazion ou d'une conjonctivite de même nature qui aura récidivé.

La sécrétion conjonctivale est peu accentuée, les paupières sont même rarement agglutinées le matin. Tantôt la conjonctivite est peu hyperémisée et les phénomènes se bornent à une légère rougeur avec hypertrophie de quelques follicules, c'est le cas le plus fréquent. Tantôt, et nous avons eu récemment l'occasion d'en observer un cas, la conjonctive est le siège d'une injection rouge lie de vin et d'une tuméfaction irrégulière résultant de l'hypertrophie en masse des follicules.

(1) La conjonctivite à chalazions est extrêmement fréquente, et la production de la tumeur presque toujours liée à cette affection. Dans l'année 1891 où les faits ont été recueillis avec plus de soins, nous en avons compté 35 sur 49 chalazions, soit 70 %.

Les symptômes subjectifs sont ceux de la conjonctivite catarrhale simple, sensation de sable sous la paupière, lourdeur de celle-ci et parfois sensation de brûlure.

Quand on n'est pas guidé par les commémoratifs dont nous avons parlé plus haut, il est presque impossible de faire le diagnostic avant l'apparition du chalazion.

L'époque à laquelle se fait cette apparition ne peut être précisée, parfois quelques semaines après le début de la conjonctivite ; d'autres fois, celle-ci durera plusieurs mois et même presque une année avant la production de la tumeur.

Mais les méfaits de cette conjonctivite ne se bornent pas à la formation d'un seul chalazion. Que celui-ci soit opéré ou qu'il fleurisse en liberté, on voit au bout de quelques semaines ou quelques mois une nouvelle tumeur soulever la peau de la paupière ; le chalazion est suivi de plusieurs autres. A la longue, il s'établit une blépharite ciliaire (1), une inflammation permanente des glandes de Meibomius amenant la production de quantités de chalazions caractérisés par la rapidité avec laquelle ils se ramollissent et entrent en suppuration. Ce ne sont même plus des chalazions, ce sont des abcès des glandes de Meibomius.

Cette conjonctivite, douée de propriétés infectantes si considérables, persiste pendant très longtemps et est difficile à guérir, aussi les rechutes qu'elle occasionne sont-elles très nombreuses et peuvent-elles se présenter à des intervalles parfois très éloignés

(1) La blépharite, qui accompagne la conjonctivite à chalazions, ne doit pas être confondue avec la blépharite ciliaire. Celle-ci atteint la partie du bord palpebral située en avant y compris la rangée des cils ; elle produit l'hypertrophie de cette région qu'elle recouvre de petites croûtes et détermine la chute des cils. La blépharite de la conjonctivite à chalazions au contraire siège en arrière des cils qu'elle respecte ; l'hypertrophie qu'on remarque dans ce cas est la suite de l'inflammation des canaux excréteurs.

du début de la conjonctivite, alors qu'on croyait tout rentré dans l'ordre. Sur les 402 cas que nous avons analysés, nous ne trouvons pas moins de 35 rechutes, environ une rechute sur douze. Nous ne citerons parmi celles-ci que les plus typiques :

PREMIÈRE OBSERVATION

1^o L'abbé G... se présente à la consultation, pour la première fois le 6 avril 1886, porteur d'un chalazion à la paupière inférieure gauche, accompagné de la conjonctivite spéciale. L'abbé G... présente une myopie de 1 dioptrie. Il est opéré.

Le 5 novembre de la même année, il se présente porteur d'un chalazion à la même paupière siégeant à quelques millimètres de l'ancien. Il subit alors une nouvelle opération.

Il se présente encore, le 17 novembre 1890, avec un chalazion de la paupière supérieure droite.

Il est revu à deux reprises, en 1894 le 9 mars, et le 27 décembre avec la première fois une tumeur de la paupière supérieure gauche, la seconde fois de la paupière inférieure droite.

Il revient encore deux fois en 1895, en février et en mai, avec des chalazions des paupières inférieures droite et gauche.

A chaque visite il a été constaté un état congestif des conjonctives. Voici donc un malade qui a conservé pendant 10 ans une conjonctivite à chalazions, et qui, dans cet intervalle, n'a pas eu moins de sept tumeurs meibomiennes.

Nous pourrions citer encore beaucoup d'autres observations, mais comme elles ne feraient que se répéter, nous nous contenterons d'en citer encore une.

DEUXIÈME OBSERVATION

M. J... est atteint pour la première fois en 1888 d'une tumeur de la paupière supérieure droite pour laquelle il vint consulter M. le docteur Dianoux; il était en même temps porteur d'une conjonctivite dont on devait constater la présence à chacune de ses visites.

En 1890, c'est la paupière inférieure gauche qui est atteinte. En février 1895,

il se présente avec les paupières farcies, pour ainsi dire, de chalazions; trois à la supérieure gauche, deux à l'inférieure gauche, deux à l'inférieure droite.

Enfin, il fut revu encore au mois de mai 1896 avec une infiltration diffuse du bord de la paupière supérieure gauche. Le palper permettait de constater la présence de trois nodules.

Ces faits sont trop éloquents par eux-mêmes pour avoir besoin de longs commentaires et l'histoire de ces deux malades en proie à la conjonctivite à chalazions, le premier pendant 10 ans, le second pendant 8 ans, en dit plus sur cette affection que les plus savantes dissertations.

Cette conjonctivite spéciale produit non seulement des inoculations sur place dont est victime le porteur de cette affection, elle peut encore communiquer cette désagréable maladie aux personnes de l'entourage. Les parents, les enfants, ceux qui vivent dans l'intimité d'un sujet atteint de cette affection sont susceptibles d'en être frappés. Presque aussi nombreuses que les observations de rechutes sont celles des personnes qui ont contracté cette affection par la fréquentation de malades porteurs de chalazions, et nous avons pu noter 15 faits de contagion sur les 402 cas dont nous avons fait l'étude, soit environ 1 cas sur 27.

Nous ne citerons que quelques-uns de ces cas :

TROISIÈME OBSERVATION

M. J. de la B... se présente à la consultation avec un chalazion de la paupière inférieure gauche. Il est atteint d'une hypermétropie d'une dioptrie. (Mars 1890)

Au mois d'août 1895, M. O. de la B... est atteint d'un chalazion de la paupière inférieure gauche.

Au mois de juin 1896 se présentent en même temps M^{me} de la B... avec la conjonctivite spéciale, et son fils, âgé d'un an, porteur d'un chalazion à la paupière supérieure droite.

Au mois de novembre de la même année, c'est M^{lle} de la B... qui vient se faire opérer d'un chalazion de la paupière supérieure droite.

Ainsi, dans l'espace de six ans, la conjonctivite a fait, dans une famille seulement, cinq victimes.

Autres exemples :

QUATRIÈME OBSERVATION

M. D... est opéré le 23 septembre 1893 pour un chalazion de la paupière supérieure gauche. Il est hypermétrope d'une dioptrie.

Le 6 octobre de la même année, c'est son fils qui se présente à la consultation, porteur d'une tumeur de la paupière supérieure droite.

Le 19 mars 1896, M^{lle} D... vient réclamer les secours de l'oculiste pour un chalazion de la paupière supérieure droite ; elle est, en outre, atteinte d'une conjonctivite chronique qui résiste longtemps au traitement qui lui est appliqué : sulfate de zinc, sulfate de cuivre, chlorate de potasse et qui guérit finalement par l'action du nitrate d'argent.

Enfin, au mois de mai de la présente année, un autre fils est atteint d'une conjonctivite de même nature qui, au bout d'un mois, cède au traitement par le nitrate d'argent.

CINQUIÈME OBSERVATION

Au mois de novembre 1891, M^{lle} J... vient réclamer les soins du spécialiste pour un chalazion de la paupière inférieure gauche. Cette demoiselle possède un astigmatisme hypermétropique suivant la règle de 0^d 75.

En avril 1892, M^{lle} J... revient avec son père et son frère auxquels elle a communiqué son affection.

Nous pourrions citer encore bien d'autres cas qui semblent calqués sur ceux que nous avons rapportés, mais nous croyons que les faits que nous avons déjà exposés sont suffisants pour entraîner la conviction.

Nous ne supposons pas qu'on puisse invoquer, pour expliquer la présence de chalazions sur plusieurs membres de la même famille, la loi de l'hérédité. Dans notre première observation, le mari et la femme sont atteints; dans un autre cas que nous aurions pu citer, la contagion s'est faite d'un beau-père à son gendre. Il y a donc réellement transport d'une personne à une autre des germes de cette conjonctivite et consécutivement production de chalazions.

Nous ne croyons pas que les rechutes fréquentes dans cette affection, les nombreux cas de contagion qu'elle occasionne puissent s'expliquer, si on n'admet pas sa nature microbienne. C'est ce que nous chercherons à prouver plus loin par des examens bactériologiques, mais auparavant nous voulons rechercher si, dans beaucoup de ces cas, cette conjonctivite n'est pas causée par des troubles de réfraction.

DE L'INFLUENCE DES AMÉTROPIES

Dans sa communication à la Société d'ophtalmologie de Paris, M. Chibret, rapportant plusieurs cas de chalazions consécutifs à la fatigue produite par un examen ophtalmoscopique ou polarimétrique, faisait ressortir l'influence de la congestion produite par les efforts d'accommodation.

Cette théorie peut s'appliquer, croyons-nous, à beaucoup de cas de chalazions et à la plupart des cas de conjonctivite spéciale. Ne savons-nous pas que bien souvent les conjonctivites chroniques sont entretenues par des troubles de réfraction, que les efforts occasionnés par une accommodation excessive produisent une congestion qui vient s'ajouter à celle de la conjonctivite, ou même parfois est l'unique cause de celle-ci ?

Nous avons recherché parmi les notes de M. le professeur Dianoux quel pouvait être le rapport du nombre de chalazions et des amétropies. Nous avons constaté dans 133 cas de chalazions 127 amétropies ; ce chiffre, qui porte la proportion à 95 %, est vraiment significatif. On ne peut invoquer pour aucune autre maladie des yeux la coïncidence d'un chiffre aussi élevé d'amétropies, et par conséquent mettre en doute l'influence des troubles de réfraction sur la production du chalazion et de la conjonctivite qui en est souvent le point de départ.

Passant au détail de ces amétropies, nous constatons que ces 127 cas se décomposent ainsi : Hypermétropes 94, c'est-à-dire

70 % du chiffre total ; Myopes 16, autrement dit 12 % ; Astigmatés 17, ce qui donne une proportion de 13 %. Les 17 astigmatés se divisent en 12 astigmatés hypermétropes et 5 myopes ; nous pouvons donc, en les ajoutant aux hypermétropes et myopes banaux, compter 106 des premiers et 21 des seconds, ce qui nous donne la nouvelle proportion de 79 % et de 16 %.

Ces amétropies ne sont pas excessives ; elles varient en général entre 1^d,50, 2^d ou 3^d sans dépasser souvent ce dernier degré. Elles n'impliquent pas un besoin impérieux d'être corrigées exactement ; les sujets qui en sont porteurs éprouvent une certaine fatigue à soutenir l'application ; ils sont forcés d'interrompre par moments leur lecture pour reprendre quelques minutes après, mais, comme en somme, à part ces légers inconvénients, ils sont encore capables d'un travail appliquant, ils ne songent pas à porter des verres appropriés. Le résultat des efforts d'accommodation qu'ils doivent déployer pour les travaux délicats, est de produire une congestion de tout le segment antérieur de l'œil, une conjonctivite qui ne cède à aucun traitement aussi longtemps qu'on ne corrige pas l'amétropie qui en est la cause.

Cette congestion de la conjonctive et des paupières est une condition éminemment favorable à la production du chalazion, et il n'est pas étonnant qu'il soit si fréquent chez les hypermétropes. Nous considérons donc les troubles accommodatifs comme un facteur important dans l'étiologie de cette affection.

BACTÉRIOLOGIE

Nous aurions été heureux de pouvoir présenter, en même temps que le résultat de nos examens bactériologiques, l'étude de quelques coupes de chalazion; malheureusement nous n'avons pu rencontrer cette année, parmi les cadavres mis à la disposition de l'Ecole de Médecine, un seul sujet porteur de chalazions. Nous aurions voulu, en pratiquant des coupes en série de toute une paupière, saisir sur le vif l'envahissement des tubes excréteurs et des glandes de Meibomius par les microbes.

Le procédé opératoire employé à la Clinique de M. le professeur Dianoux nous a également privé de faire des coupes de la tumeur enuclée, et à ce propos nous voulons dire quelques mots de cette méthode opératoire et des résultats qu'elle donne. Cette digression ne nuira pas à notre étude et même nous espérons en tirer quelques profits pour notre démonstration.

Le sujet à opérer est d'abord insensibilisé par instillation de quelques gouttes de cocaïne; la paupière est retournée et la tumeur étant bien fixée avec les doigts de la main gauche, on l'incise par un coup de bistouri vertical, peu allongé. Le contenu de la tumeur est ensuite exprimé par pression et l'opération complétée par curetage de la cavité. Ce procédé employé par M. le professeur Dianoux lui a toujours donné de bons résultats; depuis dix-huit mois, nous ne croyons pas avoir observé de récurrence sur place.

Ouvrons ici une parenthèse, pour déclarer que ce que nous

avons jusqu'ici, dans cet ouvrage, qualifié de récidue ne s'applique pas à la reproduction d'une tumeur au siège même de la précédente, mais à l'apparition à la même paupière en un autre lieu, ou à une autre paupière, d'un second chalazion.

Malgré le regret que nous éprouvons de n'avoir pu faire de coupes d'une tumeur, nous ne pouvons que recommander ce procédé qui procure aux malades autant de soulagement que l'extirpation dont l'inconvénient est d'être plus compliquée, d'exiger l'application de plusieurs points de suture et de laisser parfois une cicatrice apparente.

Il nous reste maintenant à exposer le résultat de nos examens bactériologiques en expliquant tout d'abord le plan que nous avons suivi dans nos recherches.

N'ayant pas l'intention, au début de notre stage d'aide de clinique ophtalmologique, d'écrire un travail sur ce sujet, nous nous étions contenté de faire l'examen des matières entraînées par la curette. Une partie de cette substance étaitensemencée; l'autre portion était destinée à des préparations extemporanées. Plus tard, le sujet nous ayant séduit, nous avons cherché à saisir la marche des microbes vers les acini meibomiens. Prenant pour point de départ cette hypothèse, que les agents infectieux existent d'abord dans les culs-de-sac conjonctivaux pour envahir les canaux excréteurs; qu'ils peuvent soit se cantonner dans ces canaux, soit progresser pour gagner les acini, nous avons pris l'habitude de faire pour chaque cas trois séries de cultures.

Nous ensemençons d'abord différents milieux de culture avec les sécrétions des culs-de-sac conjonctivaux.

Nous cherchons ensuite, par pression sur la tumeur, à faire sourdre par un canal excréteur une gouttelette de matière sébacée avec laquelle nous faisons de nouveauxensemencements.

Une troisième série de cultures est faite avec la substance même

du chalazion obtenue par expression ou par curettage de la tumeur.

Enfin, dans un certain nombre de cas, en écrasant entre deux plaques cette substance propre du chalazion, nous avons fait l'examen des éléments cellulaires entrant dans sa composition.

Nous commencerons d'abord par les observations incomplètes, où il n'a été fait que l'examen de la matière contenue au sein du chalazion. Ces observations sont au nombre de 9. Nous n'en citerons que quelques-unes :

SIXIÈME OBSERVATION

Le jeune A., âgé d'un an, est amené le 10 juin 1896 à la consultation pour une tumeur de la paupière supérieure gauche, dont les parents ont remarqué l'apparition il y a environ trois semaines. Le diagnostic de chalazion et de conjonctivite étant porté, l'enfant est opéré suivant le procédé ordinaire. Deux tubes, l'un de gélatine, l'autre de sérum, sont ensemencés ; en même temps un peu de substance étendue sur une plaque et diluée sert à faire un examen immédiat. Le microscope décèle exclusivement dans cette préparation la présence d'un grand nombre de staphylocoques groupés en grappe. Le lendemain, nous constatons sur le sérum et sur la gélatine l'existence de colonies que l'examen microscopique nous permet de reconnaître pour des colonies de *staphylococcus pyogenes aureus*.

SEPTIÈME OBSERVATION

Le 27 janvier 1897, M. S., âgé de 2 ans, nous est apporté avec un chalazion de la paupière inférieure droite. Nous fîmes les ensemencements sur gélatine, sur gelose et sur sérum. Au bout de deux jours nous constatons la présence de nombreuses colonies.

Les préparations faites avec les colonies du tube de gélatine présentent une association de staphylocoques groupés la plupart deux par deux, et de pneumocoques de Friedländer. Les cultures sur gelose contiennent du staphylocoque blanc presque pur, uni à quelques gros bacilles seuls ou associés deux

à deux. Enfin l'examen microscopique des cultures du sérum montre la présence de nombreux diplocoques et de quelques leptothrix. Nous avons pu, par une série d'ensemencements sur plaques de gélose, obtenir de ces différents microbes des cultures pures.

HUITIÈME OBSERVATION

Le 3 juillet 1896, Mademoiselle B., âgée de 28 ans, est opérée pour un chalazion de la paupière inférieure gauche. Nous recueillons le contenu de sa tumeur pour faire des cultures sur gélose et sur sérum. Au bout de 24 heures, nous voyons apparaître à la surface du sérum, sur la strie d'inoculation, une légère saillie rosée, dont la couleur s'accroît encore le lendemain. Au bout de 48 heures, même production à la surface de la gélose, mais d'une nuance un peu plus atténuée. Le microscope nous montre que nous avons affaire ici à des colonies de tétragène rosé. En réensemencant sur du bouillon et sur les mêmes milieux de culture, nous avons toujours obtenu le même microbe avec une nuance identique et à l'état pur. Voulant nous rendre compte de la virulence de ce tétragène, nous avons fait une inoculation à une souris, celle-ci au bout de quinze jours était encore en parfait état de santé. La virulence du microbe était donc très atténuée pour ne pas dire presque nulle.

Nous croyons inutile de reproduire ici d'autres observations qui ne seraient que la répétition de la première; nous nous contentons, pour éviter une fastidieuse énumération, de donner en bloc les résultats de cette première série d'examens.

Dans les 9 cas dont nous nous occupons en ce moment, nous avons noté la présence du straphylocoque blanc 8 fois; il était associé à d'autres microbes dans 6 de ces cas : 2 fois avec le pneumocoque de Friedlaender, 3 fois avec le streptocoque, dont 2 avec le diplo-bacille de Morax; 1 fois avec ce diplo-bacille seul. Dans un seul cas, celui que nous venons de citer, nous avons trouvé le tétragène. Dans un autre cas, le streptocoque à l'état de pureté est l'unique microbe que nous ayons rencontré.

Les chalazions de la seconde série, ceux dont nous avons pris trois cultures quand il nous a été possible, sont au nombre de 19; dans 4 de ces cas, il nous a été impossible de faire des ensemencements avec la matière exprimée du goulot de la glande.

Dans ce groupe d'observations, comme nous l'avons déjà fait au commencement de ce chapitre, nous ne citerons que les plus typiques. Nous commencerons par le cas de Madame D., qui offre un double intérêt en raison des troubles de réfraction et parce que c'est une rechute.

NEUVIÈME OBSERVATION

Madame D., âgée de 28 ans, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu le 17 janvier 1897. Elle est mère de deux enfants dont l'un est né il y a environ trois semaines; nous insistons sur ce fait, car la malade prétend qu'un de ses chalazions lui est venu alors qu'elle portait son dernier enfant. Elle a déjà été opérée au mois de mai 1895 pour un chalazion de l'œil gauche, à la paupière supérieure.

A cette dernière visite nous constatons l'existence de deux chalazions à la paupière inférieure droite. Madame D. possède une myopie de 11 Dioptries à droite avec une acuité visuelle de $2/5$; à gauche une myopie de 10 Dioptries avec une acuité égale à $1/2$. Nous reconnaissons à l'ophtalmomètre un astigmatisme de $1d,50$ à 105° , mais les verres cylindriques n'augmentent pas son acuité visuelle.

Les deux yeux sont atteints par la conjonctivite spéciale à cette affection et nous faisons, avec les sécrétions que nous pouvons recueillir de l'un et l'autre côté, des ensemencements sur sérum, sur gélose et sur gélatine.

Nous avons également fait des cultures sur les mêmes milieux avec les gouttelettes que nous avons pu faire sourdre à la paupière inférieure et à la paupière supérieure, et avec la substance qui a pu être extraite de chaque tumeur.

Voici quels ont été les résultats :

Cul-de-sac conjonctival droit .	$\left. \begin{array}{l} \text{Sérum} \\ \text{Gélose} \\ \text{Gélatine} \end{array} \right\}$	Staphylocoques blancs purs.
---------------------------------	---	-----------------------------

Cul-de-sac conjonctival gauche.	Sérum	Staphylocoques et streptocoques.
	Gélose	Staphylocoques et streptocoques.
	Gélatine	Staphylocoques.
Substance exprimée d'un canal excréteur de la paupière infé- rieure.....	Sérum	Staphylocoques blancs purs.
	Gélose	
	Gélatine	
Substance extraite d'un canal de la paupière supérieure....	Sérum	Staphylocoques blancs purs.
	Gélose	
	Gélatine	
Chalazion.....	Sérum	Staphylocoques blancs.
	Gélose	
	Gélatine	
	Bouillon	

Les germes qui ont envahi la conjonctive, les canaux excréteurs et les glandes de Meibomius sont donc en grande majorité des staphylocoques banaux.

DIXIÈME OBSERVATION

Madame J... vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu, le 2 décembre 1896, réclamer les soins du spécialiste pour tumeur de la paupière supérieure gauche, datant de six semaines. Nous avons procédé, dans ce cas, comme dans le précédent, et voici les résultats que nous ont donnés les différentes cultures.

Cul-de-sac conjonctival gauche.	Gélose	Staphylocoques en grappes.
	Sérum	Staphylocoques groupés par 2 et par 4. — Quelques grappes.
Extrait du canal excréteur.....	Gélatine	Staphylocoques isolés.
	Bouillon	
	Sérum	Staphylocoques en groupes de 2.
	Gélose	Diplobacille de Morax et Staphylocoques.
Chalazion.....	Sérum	Staphylocoques blancs purs.
	Gélose	
	Gélatine	

Dans cette seconde observation, c'est encore le staphylocoque qui semble être l'agent infectieux.

ONZIÈME OBSERVATION

Madame H..., âgée de 50 ans, vient le 4 mai 1897 consulter M. le professeur Dianoux pour un chalazion de la paupière supérieure droite. Elle est atteinte d'une hypermétropie de 0^d 75 et ne porte point de lunettes, malgré son âge. Nous remarquons au bord de ses paupières supérieures, en arrière de la rangée des cils, un dépôt d'un blanc sale, légèrement granuleux et qui nous a paru résulter de la saponification des produits excrétés par les glandes meibomiennes. Nous avons ensemencé quelques tubes avec cette substance. Nous avons fait également des cultures de chalazion lui-même : en voici le résultat :

Chalazion.....	{	Sérum	{	Staphylocoques blancs.
			{	Diplo-bacille de Morax.
	{	Gélose	{	Staphylocoques dorés.
			{	Tétragène.

Nous avons pu séparer ces différentes espèces sur plaques de gélatine et de gélose. Une inoculation faite à une souris avec le tétragène est restée négative.

Secrétions meibomiennes .	{	Sérum	{	Bacilles courts et très grêles en petite quantité. — Staphylocoques rares et petits.
		Gélose		
		Bouillon		

DOUZIÈME OBSERVATION

Monsieur G..., 43 ans, pensionnaire à l'Hospice général, hypermétrope de 1^d 50, est opéré le 13 mai 1897 pour un chalazion de la paupière supérieure droite. Des cultures sont faites avec la substance propre du chalazion et les sécrétions conjonctivales. Elles décèlent la présence des microbes suivants :

Chalazion.....	{	Sérum	{	Staphylocoques blancs et quelques diplobacilles.
		Gélatine		
			{	Staphylocoques blancs purs.
Secrét. conjonctival.....	{	Sérum	{	Staphylocoques blancs et nombreux diplobacilles.
		Gélatine		

TREIZIÈME OBSERVATION

Enfin, nous citerons le cas unique dans lequel nous n'avons trouvé aucun organisme.

Monsieur T..., âgé de 51 ans, receveur ruraliste, est atteint de trois chalazions de la paupière inférieure droite. Il est enmétrope, mais a besoin pour lire d'un verre convexe de deux dioptries. Nous faisons lesensemencements d'usage avec le chalazion, avec les sécrétions de la conjonctive. Au bout de huit jours, nos cultures n'avaient donné aucun résultat.

A part ce cas, toutes nos observations se rapprochent les unes des autres et nous croyons inutile de les reproduire ici. Dans deux cas seulement, nous n'avons pas trouvé de staphylocoques, il était remplacé une fois par le diplobacille de Morax, une autre fois par le streptocoque. Dans quatre de nos examens, le staphylocoque est le seul agent infectieux dont nous avons pu reconnaître la présence. Deux fois il était associé avec le streptocoque, quatre fois avec le pneumocoque de Friedlaender; cinq fois avec le diplobacille. Pour bien montrer la fréquence relative de chacun de ces organismes, et établir la part qu'ils peuvent prendre dans la production du chalazion, nous indiquerons dans un tableau le nombre de cas dans lesquels ils ont été rencontrés.

Tableau des différents microbes rencontrés dans 28 examens bactériologiques de chalazions.

DÉSIGNATION DES GENRES	A L'ÉTAT DE PURETÉ	ASSOCIÉS	TOTAL
Staphylocoques.....	6	18	24
Diplobacille de Morax.....		7	7
Pneumocoque de Friedlaender.....		6	6
Streptocoque.....	2	4	6
Tétragène.....	1	1	2
Leptothrix.....		2	2

Comme on peut le voir en ce tableau, nous n'avons rencontré aucun microbe spécial. Tout en reconnaissant que nos examens n'ont pas abouti à la découverte d'un germe spécifique, nous ne pouvons nous empêcher d'accorder une signification à la présence de staphylocoques dans 24 cas sur 28. Cette fréquence du staphylocoque n'a rien de bien extraordinaire ; ne le trouve-t-on pas dans les principales affections des glandes de la peau, dans le furoncle, dans l'acné, dans l'anthrax associé au streptocoque ? N'est-il pas la cause de l'orgelet ? Les glandes de Meibomius sont histologiquement et fonctionnellement identiques aux glandes sébacées de la peau, n'est-il pas naturel que la staphylocoque qui semble trouver dans celles-ci son terrain de prédilection, envahisse également leurs homologues de la paupière ?

Les autres agents infectieux, pneumocoques, diplo-bacilles, etc., sont les hôtes habituels de la conjonctive et il n'y a rien d'étonnant à ce qu'ils aient franchi, à la suite du staphylocoque, l'entrée des canaux excréteurs et contribué avec lui à la production du chalazion, en expliquant dans une certaine mesure les variétés d'évolution de celui-ci.

Avant de terminer cet exposé de nos recherches bactériologiques, déclarons que dans aucun cas nous n'avons constaté la présence du bacille de Koch, et cependant, dans deux cas qui pouvaient nous inspirer quelques doutes en raison de l'état général des malades, nous avons pratiqué des inoculations dans le péritoine de cobayes. Le résultat fut négatif.

Il nous reste encore à dire quelques mots des préparations que nous avons faites avec la substance du chalazion en vue de reconnaître les éléments qui entrent dans sa constitution.

Ces examens sont au nombre de quatre. Nous avons écrasé entre deux plaques la matière extraite de la tumeur et l'avons colorée par la méthode de Gram. Nous y avons rencontré un grand

nombre de cellules arrondies, volumineuses, à protoplasma clair, avec un gros noyau nucléolé; quelques fibres conjonctives; des cellules cubiques et quelques épithéliums pavimenteux provenant vraisemblablement des canaux excréteurs.

DISCUSSION

Les chapitres que nous avons écrits jusqu'ici, bien qu'ayant chacun leur utilité, ne présentent peut-être pas un enchaînement suffisant pour que de leur lecture il se dégage une idée bien nette de l'étiologie du chalazion. Les quelques réflexions dont nous avons fait suivre chacune des parties de ce travail n'ont pu fixer suffisamment le lecteur sur notre conception personnelle, pour que nous n'éprouvions le besoin de revenir en arrière, de grouper tous ces faits épars et en former un faisceau de preuves susceptibles d'entraîner la conviction.

Comme nous l'avons fait remarquer à la fin de notre chapitre sur l'historique, nous nous trouvons à l'époque actuelle en présence de deux théories : 1° la théorie anatomiste pure ; 2° la théorie microbienne. Il nous reste à rechercher si l'une quelconque de ces théories prise isolément est capable d'expliquer la genèse du chalazion.

La première de ces théories, telle qu'elle est exposée dans les travaux de M. Lagrange, admet qu'un premier trouble dans les fonctions de la glande de Meibomius, viciation ou rétention de ses produits, est le point de départ du chalazion.

Cet état irritatif de la glande a pour premier résultat une adénite et une périadénite. Le processus inflammatoire dans son évolution détruit le tissu avoisinant du tarse ou, plus exactement, le modifie en se l'incorporant.

Loin de nous la pensée d'accuser cette théorie d'être entachée d'erreurs ; les différentes phases de l'évolution du chalazion se suivent dans un ordre aussi logique que rigoureusement exact, il ne manque aucun anneau à la chaîne si l'on prend pour point de départ la lésion de la glande Meibomienne ; mais si nous voulons remonter au-delà et rechercher les causes de cette lésion, nous tombons dans une obscurité presque absolue, contrastant avec la parfaite clarté du reste de l'explication.

Admettons-nous que ces troubles sécrétoires soient sous la dépendance d'une blépharite ciliaire, comme l'avancent certains de nos devanciers ? Peut-être, si sous cette dénomination on entend la seule variété dont la coexistence avec le chalazion est prouvée par un examen clinique rigoureusement exact, celle dont nous avons fait la description dans une de nos notes, c'est-à-dire la blépharite retrociliaire, celle qui laisse intactes la zone antérieure du bord ciliaire et la rangée des cils. Mais, cette forme de blépharite, telle que nous la concevons, ne peut exister sans une conjonctivite antérieure ; elle ne saurait donc être invoquée comme cause première du chalazion ; elle entre plutôt dans la description de la conjonctivite dont elle n'est qu'un symptôme.

Le chalazion est-il, comme d'autres auteurs le pensent, un épisode dans l'évolution de l'acnéisme, une complication ou une variété de cette affection ? Nous ne saurions l'admettre, car nous n'avons pas le souvenir, parmi les nombreux cas que nous avons observés, d'avoir remarqué un seul sujet acnéique.

Est-ce la diathèse rhumatismale que nous allons incriminer ? Non, certes ; ce serait, croyons-nous, consacrer une exception dont nous ne voyons pas les preuves ; le rhumatisme a-t-il quelquefois produit un processus analogue sur une autre glande ? Pourquoi alors choisir les glandes de Meibomius ?

Ferons-nous du chalazion l'apanage des sujets enclins aux

engorgements ganglionnaires? Ici, nous demandons à faire une distinction : Dans cette catégorie faut-il faire entrer les scrofuleux, les candidats à la tuberculose? Nous croyons cette question jugée; il ne saurait être question de ressusciter la théorie de la nature tuberculeuse du chalazion, dont les travaux de Gama de Pinto, de Weiss, d'Alfieri ont fait justice. S'agit-il seulement des sujets lymphatiques, des blonds, à la peau mince sujette aux excoriations et atteinte souvent d'impétigo; nous n'avons qu'exceptionnellement vu quelqu'un de ces sujets parmi les porteurs de chalazions.

Cependant, nous ne pensons pas qu'on doive classer le chalazion parmi les maladies idiopathiques dont les progrès de la science diminuent chaque jour le nombre. Cette lésion des glandes de Meibomius doit avoir une cause, mais cette cause, la théorie anatomiste est impuissante à nous la montrer.

Les théories microbiennes en leur état actuel peuvent-elles résoudre l'énigme? Elles partent évidemment d'un principe juste que personne ne nie aujourd'hui; l'inflammation de la glande de Meibomius ne saurait avoir pour cause que son envahissement par un agent infectieux. Mais cet agent infectieux, quel est-il? d'où vient-il? Comment procède-t-il à l'égard des éléments glandulaires?

Sans doute, les expériences de MM. Boucheron et Poncet de Cluny, le travail de M. Weymann ont démontré la nature microbienne du chalazion. Les premiers ont découvert la présence d'un gros microcoque auquel ils ont donné le nom de microcoque sébacé et dans lequel ils ont voulu voir un germe spécial au chalazion. M. Vassaux a déjà démontré que ce microcoque de M. Boucheron est analogue en tous points au staphylocoque et ne fait qu'un avec lui, et pour notre part, nous avons trouvé presque toujours ce dernier germe auquel nous sommes loin de faire les honneurs de la spécificité.

Mais, dira-t-on, on est arrivé à reproduire par injection dans le tarse des cultures de chalazions, une tumeur semblable. Nous croyons, pour notre part, qu'une aiguille chargée de principes septiques quelconques et traversant les acini meibomiens aurait produit une lésion analogue ; le chalazion expérimental n'est pas la reproduction absolue de la tumeur primitive : il est plus mou, a plus de tendances à suppurer. Nous insistons encore ici sur un autre point : les expériences de M. Boucheron n'ont encore pu être répétées avec succès par personne.

Nous en dirons autant du fungus chalaziens de M. Weymann ; son microbe spécifique n'a été retrouvé par aucun autre chercheur.

Il reste cependant un fait acquis, la nature microbiennne du chalazion ; nous ignorons quel est ce microbe, s'il y en a un spécifique ; quels sont-ils, s'il n'y a pas de microbe spécifique et quel est le rôle de chacun d'eux ?

MM. Poncet de Cluny et Boucheron, M. Weymann, oublient également de nous dire d'où proviennent les germes qu'ils ont trouvé et comment ils ont pénétré dans les glandes de Meibomius pour y reproduire le chalazion.

Prenant pour point de départ une conjonctivite spéciale, qui est la règle générale et que nous avons trouvé dans 70 % des cas, nous avons examiné les sécrétions de cette conjonctive. Nous y avons trouvé, entre autres microbes, le staphylocoque blanc, dans 88 % des cas, seul ou associé. C'est ce même agent que nous retrouvons à l'entrée des canaux excréteurs et dans la substance du chalazion. Nous ne pouvons considérer cette coïncidence comme fortuite et lui refuser une signification importante. Le staphylocoque n'a pas toujours existé simultanément dans le cul-de-sac conjonctival, dans le canal excréteur et dans l'acinus ; il a dû envahir ces différents milieux l'un après l'autre. Il n'a pas commencé par l'acinus, car le chalazion aurait alors été le phé-

nomène de début ; il n'a pas d'abord occupé le canal excréteur pour se diriger dans l'une ou dans l'autre direction, la tumeur microbienne et la conjonctivite seraient alors apparues en même temps. Nous sommes, par conséquent, contraints d'admettre que le staphylocoque, habitant primitivement le cul-de-sac conjonctival, a gagné la glande de Meibomius en passant par le canal excréteur.

Arrivé dans cette glande, le staphylocoque y développe d'abord de l'adénite, puis de la périadénite, suivant la théorie de M. Lagrange ; mais il est probable qu'il ne dépasse pas les limites de la glande. En effet, quand on fait l'opération par simple curettage, on ne saurait avoir la prétention d'extirper tous les éléments du chalazion. Si, dans ce cas, il restait encore quelques colonies de staphylocoques, leur action novice continuant à s'exercer sur les éléments tarse, le chalazion devrait renaître et s'accroître. Comme nous l'avons dit, il n'en est rien.

Si nous voulons aller plus loin et rechercher les origines de cette conjonctivite, il nous est impossible de ne pas faire le rapprochement entre le nombre des amétropies et le nombre des chalazions. Il est bien évident que nous n'avons pas l'intention d'en faire une règle absolue ; ce ne sont pas les troubles de réfraction qui produisent les chalazions des enfants en bas-âge, mais l'extrême rareté de cette tumeur dans l'enfance ne peut que nous confirmer dans notre opinion. Le chalazion ne frappe presque jamais que les adultes qui souffrent d'une amétropie ou qui négligent de corriger leur presbytie.

En résumé, voici comme nous concevons l'évolution du chalazion :

D'abord une conjonctivite entretenue ou causée par des efforts d'accommodation ; un germe, qui est le plus souvent le staphylocoque, parti du cul-de-sac conjonctival enflammé, envahit le canal

excréteur, puis la glande de Meibomius, et y produit des lésions d'adénite et de périadénite. Les autres agents infectieux qui peuvent se joindre au staphylocoque expliquent la diversité d'évolution du chalazion.

Le staphylocoque ne saurait être considéré comme le microbe spécifique du chalazion, mais il a pour la glande de Meibomius la même prédilection que pour les autres glandes sébacées.

Nous ajouterons que si ces éléments infectieux ne produisent pas un abcès des glandes, mais un chalazion, c'est que la virulence des microbes est très atténuée, probablement par les larmes qui sont un mauvais milieu de cultures.

TRAITEMENT

La nature microbienne du chalazion étant démontrée, les rechutes et la contamination étant expliquées par cette théorie, il nous paraît utile de mettre à profit cette notion pour le soulagement des malades.

Si nous ne considérons plus la tumeur comme étant à elle seule la maladie, mais comme un épisode dans l'évolution d'une conjonctivite, il ne faut pas se contenter de faire l'opération, il faut chercher à la fois à empêcher la reproduction d'une nouvelle tumeur et la propagation de l'affection à un autre sujet.

M. le Professeur Dianoux, dans sa communication de 1891, recommandait le nitrate d'argent comme lui ayant donné les meilleurs résultats dans le traitement de la conjonctivite à chalazions. Son opinion s'est modifiée depuis par l'étude de nouveaux cas. Le nitrate d'argent n'a pas répondu à toutes les espérances qu'on avait fondées sur lui; dans bien des cas, il n'a pas été supérieur à un autre remède.

Pour notre part, nous ne croyons pas qu'il existe de traitement absolument sûr pour tous les cas de conjonctivite. Nous avons vu essayer les collyres au chlorate de potasse, au permanganate de potasse, au borate de soude, au sulfate de zinc, les cautérisations au nitrate d'argent, au sulfate de cuivre. Les résultats sont sensiblement les mêmes, c'est-à-dire aucun de ces traitements ne peut être considéré comme spécifique de la conjonctivite à chalazions.

Chaque cas demande un traitement spécial ; parfois on aura le bonheur de trouver dès l'abord le médicament d'élection ; d'autres fois, on devra essayer deux ou trois traitements avant de trouver le bon. Mais il ne faudra jamais désespérer et continuer jusqu'à la réussite qui est la seule garantie contre les rechutes.

Donc, avant et après l'opération, le malade sera soumis à l'action d'un collyre ou cautérisé au nitrate d'argent ou au sulfate de cuivre. Ce sont ces deux derniers remèdes que nous considérons comme les moins infidèles.

CONCLUSIONS

1° Le chalazion est une maladie de l'âge mûr, frappant plus souvent les hommes que les femmes.

2° Il est plus fréquent aux paupières inférieures qu'aux supérieures. On le rencontre le plus souvent à la paupière inférieure gauche.

3° Il est plus fréquent pendant les mois de printemps qu'à toute autre époque de l'année.

4° Le chalazion est presque toujours accompagné d'une conjonctivite spéciale, désignée sous le nom de conjonctivite à chalazions, et qui nous paraît être la cause de celui-ci.

5° Cette conjonctivite est occasionnée ou entretenue par des troubles de réfraction. Dans 95 % des cas, on a rencontré des amétropies.

6° La conjonctivite à chalazions est remarquable par le nombre des rechutes et par sa contagiosité.

7° Les culs-de-sac conjonctivaux, les canaux excréteurs et la tumeur contiennent presque toujours des microbes.

8° Il n'a pas encore été trouvé un microbe dont la spécificité soit bien démontrée et généralement admise.

9° On a noté la présence de staphylocoques, du pneumocoque de Friedlaender, du diplobacille de Morax, du streptocoque, du leptothrix, etc...

10° Le staphylocoque blanc est l'organisme qu'on rencontre le plus souvent, 24 fois sur 28. Il semble avoir pour les glandes de

Meibomius la même prédilection que pour les autres glandes cutanées.

11° Les troubles de sécrétion ou d'excrétion des glandes de Meibomius sont toujours le point de départ du chalazion.

12° On doit considérer le chalazion comme un granulome résultant de l'irritation du tarse par la glande enflammée, et cette inflammation est elle-même causée par une conjonctivite entretenue ou occasionnée par des troubles de réfraction.

13° La nature microbienne de l'affection étant reconnue, il y a lieu de joindre un traitement à l'opération.

14° Le traitement sera surtout prophylactique. Les médicaments qui ont paru les plus actifs sont le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre.

VU :

Le Président de la Thèse,

PANAS.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

AMBROISE PARÉ. — OEuvres complètes	1575
DIONIS. — Cours d'opérations	1740
MAITRE-JEAN. — Traité des maladies des yeux	1807
DEMOURS. — Traité des maladies des yeux	1818
WELLER. — Traité des maladies des yeux	1832
LAWRENCE. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux	1832
STOEBER. — Manuel pratique des maladies des yeux	1834
SICHEL. — Précis des maladies des yeux	1837
DEVAL. — Chirurgie oculaire	1844
DESMARE. — Traité des maladies des yeux	1855
WARTON-JONES. — Traité des maladies des yeux	1862
CH. ROBIN. — Éléments d'histologie	1864
L. DE WECKER. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux	1864
MACKENSIE. — Traité pratique des maladies des yeux	1865
FANO. — Traité des maladies des yeux	1866
THOMAS. — Des tumeurs des paupières (<i>Thèse de Paris</i>)	1866
WARLOMONT. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article : Chalazion	1873
DE VINCENTIIS. — Sulla struttura e genesi del calazion (<i>In Movimento-Napoli</i>)	1895
ABBADIE. — Traité des maladies des yeux	1876
FUCHS. — Archiv. für Ophtalmologie	1879
LAGRANGE. — Archives d'ophtalmologie	1885
BURCHARDT. — Contribution à l'anatomie du chalazion (<i>In Centralblatt für praktische Augenheilkunde</i>)	1884
BOUCHERON. — Société française d'ophtalmologie	1886

PONCET DE CLUNY. — Société française d'ophtalmologie	1886
VASSAUX. — Société de Biologie	19 Juin 1886
PONCET DE CLUNY. — Société de Biologie	28 Juin 1886
DE WECKER ET LANDOLT. — Traité des maladies des yeux	1886
LAGRANGE. — Anatomie pathologique et pathogénie du chalazion	1889
TANGL. — Ueber die Ätiologie des Chalazion, ein Beitrag zur Kemtniss der Tuberculose	1890
DIANOUX. — Société française d'ophtalmologie	1891
WEISS. — Pathogénie du chalazion (<i>Klinisch Monatsblätter</i>)	1891
DEUTSCHMANN. — Zur Pathogenese des Chalazion (<i>Beitrag zur Augenheilkunde</i>)	1891
WEYMANN. — The opthalmic Record	1892
GAMA PINTO — Annales d'Oculistique	1892
BLOCK. — Société ophtalmologique Néerlandaise	1892
CHIBRET. — Société française d'ophtalmologie	1893
BOUCHERON. — Société française d'ophtalmologie	1893
PARISSOTI. — Société d'ophtalmologie de Paris	1893
GILLET DE GRANDMONT. — Société d'ophtalmologie de Paris	1893
JULLER. — Société d'ophtalmologie de Paris	1893
PANAS. — Traité des maladies des yeux	
AFIERI. — Sulla natura del calazion (<i>XI^e Congrès international, Rome</i>)	1894
LANDWEHR. — Zur Ätiologie des Chalazion (<i>Ziegl. Beitrag zur Pathologie</i>)	1894
AFIERI. — Le piu recenti quistioni sulla natura del calazion (<i>Archiv. di Ottal. Palermo</i>)	1895
FUCHS. — Manuel d'ophtalmologie	1896

